

Ärztliches Attest

Frau / Herr _____

wohnhaft / aufhältlich: _____

ist aufgrund ihrer / seiner

- psychischen Erkrankung
- körperlichen Behinderung
- geistigen Behinderung
- seelischen Behinderung

nicht mehr in der Lage ihre / seine Angelegenheiten selbst zu erledigen.

Diagnose:

Die / Den Betroffene(n) habe ich zuletzt untersucht am: _____

Die Einrichtung einer Betreuung mit dem Aufgabenbereich / den Aufgabenbereichen

- Gesundheitsfürsorge
- Wohnungsangelegenheiten
- Vermögensangelegenheiten
- Vertretung gegenüber Behörden und Sozialversicherungsträgern
- Entscheidungen über die Entgegennahme, das Öffnen und das Anhalten der Post der/des Betreuten
- mit Freiheitsentziehungen verbundene Unterbringung der/des Betreuten nach § 1831 Absatz 1 BGB
- freiheitsentziehende Maßnahmen im Sinne des § 1831 Absatz 1 BGB, unabhängig davon, wo die/der Betreute sich aufhält
- _____

halte ich für erforderlich.

Eine Änderung des Betreuungsbedürfnisses ist voraussichtlich

- dauerhaft nicht zu erwarten.
- nicht vor Ablauf von _____ Jahren zu erwarten.

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes